

Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ?

Philippe Montariol¹, Michel Guillard¹, Olivier Bollengier¹, Noëlle Escaffre-Groussard², Nabil Hallouche¹, Marielle Petitdemange¹, Tim Greacen²

RÉSUMÉ

Alors qu'une comorbidité somatique était repérée pour près de la moitié des 459 patients hospitalisés dans un établissement psychiatrique parisien lors d'une enquête par questionnaire, seuls 26,4 % de l'échantillon et 29,1 % de ceux ayant une comorbidité somatique avaient un médecin traitant identifiable. La probabilité d'identifier un médecin était indépendante de la présence ou non d'une pathologie somatique connue. Trois facteurs – diagnostic psychiatrique F20-29, durée de séjour longue et incapacité à répondre à un questionnaire sans aide – étaient liés de façon significative ($p < 0,0001$) à l'impossibilité d'identifier un médecin traitant. Les auteurs soulignent l'intérêt de liens plus étroits entre la psychiatrie et la médecine de ville.

Mots clés : hospitalisation psychiatrique, comorbidité somatique, soins primaires, médecin référent, facteurs de risque

ABSTRACT

Do hospitalised patients in psychiatric wards in Paris have primary healthcare physicians? Although a non-psychiatric comorbid condition could be identified for almost a half of the 459 patients in psychiatric wards in an inner-city area of Paris, only 26.4% of the sample and 29.1% of subjects with a concurrent non-psychiatric condition had identifiable primary health physicians. The probability of having such a physician was not related to the presence of a known non-psychiatric illness. Three factors – an F20-29 diagnosis, a long hospital stay and not being able to answer the questionnaire without help – were significantly related to not having an identifiable primary health physician ($p < 0.0001$). The authors underline the importance of creating closer ties with general practitioner networks in inner-city areas.

Key words: psychiatric hospitalisation, comorbid physical disorders, primary care, general practitioner, risk factors

RESUMEN

¿Los pacientes hospitalizados en psiquiatría tienen un médico de familia? Una encuesta, basada en un cuestionario, ha detectado una comorbilidad somática en cerca de la mitad de los 459 pacientes hospitalizados en un establecimiento psiquiátrico parisino. Solo el 26,4% de la muestra y el 29,1% de los que sufrían una comorbilidad somática tenían un médico de familia identificable. La probabilidad de identificar un médico era independiente de la presencia o no de una patología somática conocida. Tres factores - diagnóstico psiquiátrico F20-29, larga estancia e incapacidad para responder a un cuestionario sin ayuda - estaban correlados de manera significativa ($p < 0.0001$) con la imposibilidad de identificar un médico de familia. Los autores señalan el interés de enlazar más estrechamente la psiquiatría con la medicina de familia.

Palabras clave : Hospitalización psiquiátrica, comorbilidad somática, asistencia primaria, médico referente, factores de riesgo

¹ Service de médecine, Etablissement public de santé Maison-Blanche, 3 av. Jean-Jaurès, 93330 Neuilly-sur-Marne
<pmontari@ch-maison-blanche.fr>

² Laboratoire de recherche, EPS Maison-Blanche, 3-5 rue Lespagnol, 75020 Paris
<tgreacen@ch-maison-blanche.fr>

Tirés à part : T. Greacen

Le médecin traitant — au sens courant de son appellation en France et qui a été le sens donné à ce terme dans l'enquête que décrit cet article — correspond au médecin de proximité prenant en charge en ambulatoire à son cabinet ou au domicile du patient, la santé et les diverses pathologies, des plus bénignes aux maladies graves et chroniques. C'est le médecin que le patient voit le plus souvent et qui le connaît le mieux. Pour la maladie mentale grave dans notre culture médicosociale, il existe une fréquente dissociation dans la prise en charge, avec le psychiatre prenant quasi systématiquement le relais pour la pathologie mentale. Si, dans de nombreux cas, le médecin traitant continue à jouer un rôle clé au niveau des soins primaires, pour d'autres patients il n'a soit jamais véritablement existé, soit se fait progressivement remplacer en pratique par le secteur psychiatrique. Le fait que son rôle se soit trouvé récemment renforcé en France [29] ne peut donc que souligner la nécessité d'une réflexion en profondeur sur ces enjeux si essentiels à la prise en charge globale à laquelle tout patient, qu'il soit atteint par une maladie psychiatrique ou non, a droit. En effet, pour des raisons de rationalisation économique, le médecin traitant devient en 2005 le personnage central dans l'orientation et le suivi des patients¹. Qu'il soit généraliste ou spécialiste, somaticien ou psychiatre, travaillant dans le public ou le privé, à l'hôpital ou en ville, libéral ou salarié, il coordonne le dossier médical personnel et oriente le patient vers celui qui est le plus apte à traiter sa situation spécifique.

Or, pour des raisons diverses, la prise en charge en extrahospitalier des troubles somatiques des personnes suivies en psychiatrie s'avère problématique. En effet, malgré une offre de soins pléthorique et de qualité dans le contexte parisien où s'est déroulée l'étude actuelle, les caractéristiques sociales et cliniques de ces patients, leur difficulté de contact, leur comportement parfois imprévisible dans la salle d'attente, leur adhésion aux soins souvent faible, leur relation complexe avec leur propre corps rendent de telles prises en charge souvent complexes pour des praticiens aux

emplois du temps chargés. Du point de vue du patient vivant avec un trouble mental grave et chronique dans un contexte social souvent hostile, une comorbidité somatique — en dehors d'une urgence médicale évidente — peut sembler bien secondaire par rapport aux autres soucis de la vie quotidienne. Sa difficulté à confronter le regard d'autrui et la stigmatisation dont il est souvent victime peuvent transformer la moindre visite à l'hôpital général ou à un cabinet de ville en une véritable épreuve. De plus, la prise en charge d'éventuels troubles somatiques par le psychiatre, même si elle diminuerait sans doute les problèmes liés à l'accès aux soins et à la stigmatisation, n'est pas en général souhaitable aux yeux des psychiatres eux-mêmes, pour qui la dissociation psyché-soma reste nécessaire au soin psychiatrique. Il en résulte une prise en charge souvent tardive dans le cadre des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), grevant la qualité des soins administrés à ces patients [7].

Pourtant, ces patients sont fragiles. De nombreuses études internationales révèlent une plus grande fréquence des pathologies organiques chez eux, et notamment chez ceux atteints de psychose [1, 4, 11, 18, 20, 21, 24]. Le constat de pathologies somatiques multiples, souvent diagnostiquées avec du retard, est courant [6, 26]. Cette surmorbidity, essentiellement d'ordre cardiovasculaire, respiratoire, infectieux et métabolique, serait responsable d'une surmortalité importante [5, 8-10, 12, 19, 20, 23, 25] et plus précoce dans cette population [17, 9], notamment chez ceux dont la durée d'hospitalisation est prolongée, comme le montrent Rasanen *et al.* [22] dans le nord de la Finlande, qui n'hésitent pas à évoquer un déficit de soins somatiques chez ces patients pourtant hospitalisés.

Dans la grande majorité des établissements publics spécialisés, l'analyse des parcours des personnes accueillies révèle une population particulièrement précarisée et ne bénéficiant pas d'un suivi somatique identique à celui des autres personnes [14]. Durant l'hospitalisation en psychiatrie, ce genre de problème est typiquement résolu par la mise en place de services somatiques spécifiques. Dans l'établissement où l'enquête actuelle a eu lieu, l'Établissement public de santé (EPS) Maison-Blanche, un service de médecine somatique répond, par des consultations et grâce à une présence permanente sur les multiples sites d'hospitalisation au sein des secteurs adultes, aux besoins somatiques des patients [17]. Cela est d'autant plus important en ce que la population accueillie est caractérisée par sa précarité sociale et un taux exceptionnellement élevé de personnes hospitalisées sans leur consentement (43 % un jour donné). Toutefois, malgré l'existence de ces dispositifs et des efforts des secteurs en ambulatoire pour encourager les patients à se faire suivre en ville après leur sortie, la continuité des soins somatiques constitue un véritable défi [15].

L'objet de l'étude actuelle, dans le contexte de la mise en place des nouveaux textes sur le médecin traitant en France, est, pour les secteurs de psychiatrie adulte de cet établissement parisien spécialisé, de prendre la mesure de

¹ La récente réforme de l'Assurance maladie [29] donne une définition administrative plus stricte au terme *médecin traitant*, le distinguant notamment du *médecin référent*. Le *médecin traitant* est un dispositif institué par la réforme dans lequel le patient devra choisir son médecin traitant, avec l'accord de ce dernier. C'est donc le patient qui fait le choix d'un médecin traitant, ce dernier étant néanmoins libre d'accepter ou pas. Le *médecin référent* est un dispositif qui existe déjà et dans lequel le médecin a fait le libre choix de s'inscrire. C'est donc le médecin qui fait alors le choix de devenir *médecin référent*. Alors que le *médecin référent* est obligatoirement un généraliste, le *médecin traitant* peut être un généraliste ou un spécialiste, notamment pour les patients souffrant d'affection longue durée ou de maladie chronique. Le patient souffrant d'une maladie mentale pourrait donc choisir son psychiatre comme *médecin traitant*. Le *médecin référent* doit respecter certaines règles définies par la loi ou par la convention. Par exemple, il doit faire bénéficier les patients adhérents des tarifs conventionnels et de la procédure de dispense d'avance des frais, et doit respecter un seuil maximal annuel d'activité fixé à 7 500 actes en consultations et visites. En ce qui concerne le *médecin traitant*, la loi ne fixe pas ce genre d'obligation.

ce défi. Les personnes hospitalisées – qu'elles aient ou non un problème somatique — ont-elles un médecin traitant, généraliste ou spécialiste, ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique ? Quels facteurs sont liés à l'existence de ce médecin traitant : l'âge ou le sexe du patient, son mode de placement, le type de pathologie, la durée de séjour ? Dans le contexte d'un hôpital où le site originel, situé à une heure et demie de transport public des secteurs desservis, est remplacé progressivement par des structures d'hospitalisation psychiatrique à l'intérieur des secteurs, la proximité du lieu d'hospitalisation au domicile et au lieu de vie du patient facilite-t-elle le maintien ou la création des liens avec un éventuel médecin traitant en ville ?

Méthode

L'enquête s'est déroulée dans les services d'hospitalisation de l'EPS Maison-Blanche d'avril à novembre 2004. Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire dont la passation a eu lieu un jour donné pour chaque unité d'hospitalisation. Le questionnaire a été rempli par le personnel soignant en interrogeant les patients ou, pour les patients dans l'incapacité de répondre pour des raisons médicales, à l'aide du dossier médical ; la modalité de recueil de données a été enregistrée pour permettre le contrôle de cette variable. Les données collectées incluaient l'âge, le sexe, l'unité d'hospitalisation, le lieu d'hospitalisation (à Paris intra-muros ou sur le site originel en banlieue parisienne), la durée d'hospitalisation depuis la dernière admission, mode d'hospitalisation (libre, à la demande d'un tiers ou d'office), le diagnostic psychiatrique, la présence ou non d'une pathologie somatique connue, l'existence d'un médecin traitant identifiable (généraliste ou spécialiste autre que psychiatre). La réalité de l'existence du médecin traitant identifié a été vérifiée sur l'annuaire des médecins [27]. Aucune vérification auprès du médecin traitant de la réalité du suivi n'a été effectuée et aucun examen physique n'a eu lieu dans le cadre de l'étude.

L'ensemble des données a été anonymisé. Les analyses univariées comparant les caractéristiques des patients pour lesquels un médecin traitant est identifié et ceux pour lesquels aucun n'est identifié ont été effectuées avec des tests de Chi2 pour les variables qualitatives et avec des tests de Student pour les variables quantitatives. Enfin, une modélisation des profils des patients ayant un médecin traitant a été réalisée à l'aide d'une analyse multivariée en régression logistique.

Résultats

Les données ont été collectées pour l'ensemble des 459 patients hospitalisés les jours de l'enquête. Parmi eux, on compte 132 patients (28 %) inaptes à répondre et pour

lesquels les informations ont été obtenues uniquement à l'aide du dossier médical.

Si la durée du séjour depuis la dernière admission dans cet hôpital variait d'un jour jusqu'à 51 ans, la durée médiane était de 4 mois et 6 jours. Près d'un tiers des patients (31 %) étaient hospitalisés depuis moins d'un mois et un autre tiers (34 %), les patients au long cours, depuis plus d'un an. Au moment de l'enquête, 339 (73,9 %) étaient encore hospitalisés sur l'ancien site, les autres étant hospitalisés sur deux nouveaux sites de Paris intra-muros, dont un était créé en 2000 (la clinique Rémy-de-Gourmont avec 54, soit 11,8 % de l'ensemble). L'autre, Avron, venait à peine d'emménager. La population interrogée était constituée de 58,2 % d'hommes ($n = 267$) et de 41,8 % de femmes ($n = 192$). L'âge moyen et médian était de 46 ans avec un minimum de 18 et un maximum de 89. Un peu plus d'un patient sur deux (56,6 %) étaient hospitalisés avec leur consentement, 25,1 % l'étaient à la demande d'un tiers et 18,3 % par le biais d'une procédure d'hospitalisation d'office.

Deux patients sur trois (66 %, $n = 303$) présentaient un diagnostic psychiatrique principal relevant des classifications F20-29 de la CIM10 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) et 15 % ($n = 69$) d'un diagnostic F30-39 (troubles de l'humeur). Les 87 restants (19 %) souffraient de troubles divers, dont troubles organique, de retard mental ou du développement ($n = 55$), de la personnalité et du comportement ($n = 17$), troubles liés à la consommation de substances ($n = 10$) ; pour l'analyse, l'ensemble de ces derniers est regroupé sous la catégorie « autres troubles psychiatriques ». Il est à noter que 30 patients (soit 6 % de l'ensemble) présentaient une comorbidité liée à l'abus ou à la dépendance à un produit (F10-19).

Un médecin traitant était identifié chez 121, soit 26,4 % de l'ensemble des patients hospitalisés. Pour 85 d'entre eux (18,5 % de l'ensemble), il s'agit d'un médecin généraliste, pour 18 (3,9 %) d'un médecin spécialiste autre qu'un psychiatre et 18 autres (3,9 %) avaient recours à la fois à un médecin généraliste et à un médecin spécialiste.

Pour près de la moitié des sujets ($n = 223$, soit 48,6 %), on a pu relever l'existence d'une pathologie somatique. Les pathologies somatiques les plus fréquemment identifiées incluaient (les problèmes somatiques liés à l'abus d'alcool sont groupés ensemble) : problèmes somatiques liés à l'éthylisme ($n = 30$), épilepsie (25), diabète (22), hépatite C (16), cancer (15), hypertension artérielle (14), pathologies digestives (13), asthme (12), autres pathologies respiratoires (11), sida/infection à VIH (7).

Les patients présentant une affection somatique connue étaient significativement plus âgés ($p < 0,001$), avec un âge moyen de 50,1 ans par rapport à 41,9 pour les autres patients.

Nos enquêteurs n'ont pu identifier de médecin traitant chez 158 des 223 patients ayant une pathologie somatique

Tableau 1. Identification d'un médecin traitant (MT) en fonction de la durée d'hospitalisation chez les patients présentant une pathologie somatique

Durée d'hospitalisation	Nb	MT non	MT oui
< 1 mois	65	52 %	48 %
De 1 mois à 1 an	78	68 %	32 %
> 1 an	80	89 %	11 %

connue (soit 70,9 %) et, surtout, chez 52 % de ceux hospitalisés depuis moins d'un mois (tableau 1).

Les analyses univariées comparant les patients chez qui un médecin traitant est identifié avec ceux chez qui un médecin traitant ne l'est pas ne révèlent pas de différence significative en fonction de la présence ou non d'une pathologie somatique : chez les patients déclarant présenter une pathologie somatique ou chez qui la présence d'une pathologie est indiquée dans le dossier médical, on ne retrouve pas plus souvent un médecin traitant que chez les autres. On n'observe pas non plus de différence significative entre les patients hospitalisés à Paris intra-muros et ceux hospitalisés sur le site originel en banlieue parisienne. Toutefois, une analyse plus détaillée révèle des différences importantes entre le site parisien établi depuis 4 ans et celui qui venait à peine d'emménager. En effet, le taux de patients ayant un médecin traitant identifiable au site parisien établi était de 35 % comparé au taux de 25 % observé ailleurs. Cette différence tend à être significative ($s = 0,08$).

Si un médecin traitant est plus fréquemment identifié chez les femmes que chez les hommes, cette différence n'est pas statistiquement significative ($s = 0,07$). Il n'y a pas de différence significative en fonction de l'âge des patients.

En revanche, on observe une différence significative en fonction du type de diagnostic psychiatrique : un médecin traitant s'identifie trois fois plus souvent chez les patients présentant un trouble de l'humeur (F30-39) que chez les autres. Une différence significative s'observe aussi pour la durée moyenne d'hospitalisation qui est plus brève chez ceux pour lesquels on identifie un médecin que chez ceux pour lesquels on n'en identifie pas. En effet, 39,6 % des patients hospitalisés depuis moins d'un mois et 34,6 % de ceux hospitalisés depuis moins d'un an ont un médecin traitant identifiable, comparé à 12,7 % de ceux hospitalisés depuis plus d'un an. On observe enfin une différence significative en fonction de la capacité du patient à participer à l'enquête, donc au mode de recueil des données : les patients pour lesquels les données ont été recueillies uniquement *via* le dossier médical ont 2,7 fois moins souvent un médecin traitant repérable que ceux que l'on a pu interroger. La possibilité d'identifier un médecin tend par ailleurs à varier en fonction du mode d'hospitalisation ($s = 0,09$) : cette tendance devient significative ($s = 0,03$) quand on compare les patients hospitalisés d'office à ceux hospitalisés par une autre modalité (HL ou HDT) (tableau 2).

Tableau 2. Caractéristiques des patients en fonction de l'identification d'un médecin traitant (MT) : analyses univariées

Variables	Nb	MT non	MT oui	S
Site d'hospitalisation				
- Paris	120	72,5 %	27,5 %	
- Neuilly	339	74,0 %	26,0 %	0,41
Modalité de recueil				
- Dossier	132	85,6 %	14,4 %	
- Patient	327	68,8 %	31,2 %	< 0,0001
Mode d'hospitalisation				
- HL	260	73,1 %	26,9 %	
- HDT	115	68,7 %	31,3 %	
- HO	84	82,1 %	17,9 %	0,09
Sexe				
- Féminin	192	69,8 %	30,2 %	
- Masculin	267	76,4 %	23,6 %	0,07
Age moyen	45,9 ans	45,4 ans	47,2 ans	0,22
Durée d'hospitalisation				
- > 1 an	158	87,3 %	12,7 %	< 0,0001
- 1 mois à 1 an	158	69,6 %	30,4 %	
- < 1 mois	134	60,4 %	39,6 %	
Diagnostic psychiatrique				
- F20-29	303	77,2 %	22,8 %	
- F30-39	69	52,2 %	47,8 %	
- Autres	87	78,2 %	21,8 %	< 0,0001
Pathologie somatique				
- Non	236	76,3 %	23,7 %	
- Oui	223	70,9 %	29,1 %	0,12

HL : hospitalisation libre ; HO : hospitalisation d'office ; HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers.

Caractéristiques des patients hospitalisés en fonction de l'identification d'un médecin traitant : analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multidimensionnelle confirment que la capacité du patient à répondre à l'enquête et donc la modalité de recueil des données, la durée d'hospitalisation et le diagnostic psychiatrique sont significativement associés à la possibilité d'identifier un médecin, et ce de façon indépendante. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, la probabilité d'identifier un médecin est 2,6 fois moindre chez les patients dans l'incapacité de répondre et dont on a recueilli les données uniquement à travers le dossier et près de 2 fois moindre chez les patients présentant un diagnostic CIM10 F20-29 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants). L'identification d'un médecin traitant est de plus significativement associée à la durée d'hospitalisation : chez les patients dont la durée d'hospitalisation est supérieure à 1 an, la probabilité d'identifier un médecin traitant est près de 3 fois moindre que chez ceux hospitalisés pour une durée d'un mois à un

Tableau 3. Profil des patients en fonction de l'identification d'un médecin (analyse multivariée en régression logistique)

Variabiles dans l'équation	Odds ratio	IC 95 %	S
Modalité de réponse			
- Dossier	1		
- Patient	2,5	[1,4-4,6]	0,002
Mode d'hospitalisation			
- HO	1		
- HL	1,4	[0,70-2,76]	0,35
- HDT	1,69	[0,82-3,5]	0,16
Sexe			
- Masculin	1		
- Féminin	1,26	[0,79-2]	0,33
Age par année supplémentaire	1,01	[0,993-1,027]	0,26
Durée d'hospitalisation			
- > 1 an	1		
- 1 mois à 1 an	2,9	[1,58-5,3]	< 0,001
- < 1 mois	3,7	[1,94-7,16]	< 0,001
Diagnostic psychiatrique			
- F30-39	1		
- Autres	.49	[0,23-1,05]	0,07
- F20-29	.54	[0,29-1,01]	0,054
Pathologie somatique			
- Non	1		
- Oui	.92	[0,56-1,5]	0,75

HL : hospitalisation libre ; HO : hospitalisation d'office ; HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers.

an, et près de 4 fois moindre que chez ceux hospitalisés depuis moins d'un mois.

Ces trois variables – diagnostic psychiatrique F20-29, durée d'hospitalisation longue et incapacité du patient à répondre à un questionnaire — peuvent ainsi être considérées comme des facteurs de risque d'absence d'identification d'un médecin traitant, et ce indépendamment les unes des autres : le risque en sera donc augmenté dès lors qu'un patient présentera deux ou trois de ces caractéristiques (tableau 3).

On soulignera aussi que la probabilité d'identifier un médecin reste indépendante de la présence ou non d'une pathologie somatique connue.

Discussion

Par rapport à une inclusion basée sur l'ensemble des usagers des services d'hospitalisation, le mode d'inclusion choisi lors de cette enquête – l'ensemble des patients présents un jour donné – tend à sur-représenter les patients hospitalisés au long cours. En effet, dans l'enquête actuelle, 34,2 % des patients au long cours (157 sur 459) étaient hospitalisés depuis plus d'un an le jour de l'enquête alors qu'ils représentent en réalité moins de 4 % de l'ensemble

des hospitalisés en 2004. Les personnes suivies à l'EPS Maison-Blanche mais uniquement en consultation n'ayant pas participé à l'enquête du tout, cette sur-représentation des patients hospitalisés au long cours par rapport à l'ensemble des patients (environ 14 000 patients en 2004) doit être soulignée dans l'analyse des résultats et cela d'autant plus qu'une durée d'hospitalisation plus longue est associée de façon significative à l'absence d'un médecin traitant identifiable. Sous l'effet de l'institutionnalisation et de l'éventuelle prise en charge des comorbidités somatiques par le service de médecine somatique de l'hôpital, l'inscription des patients dans la médecine de ville s'effiloche inévitablement.

Toutefois, le constat de cette sur-représentation des patients au long cours n'enlève en rien la gravité du fait que, un jour donné dans un hôpital psychiatrique parisien, presque deux patients sur trois (65,4 %) parmi ceux hospitalisés depuis moins d'un an n'ont pas de médecin traitant repérable. Si l'une des raisons d'être du secteur psychiatrique est de veiller dans la mesure du possible au maintien du lien social et des conditions de vie des personnes suivies, l'absence d'un lien personnalisé avec la médecine de ville ne peut que souligner la complexité de ce défi.

Ce constat nous interpelle d'autant plus que notre étude ne trouve aucun lien significatif entre l'existence chez un patient d'une pathologie somatique connue et nécessitant un suivi et le fait qu'il ait un médecin traitant repérable, confirmant ainsi l'observation d'Auvray [2] que, contrairement à la population générale, l'existence d'une pathologie chronique chez le patient psychiatrique ne s'accompagne pas forcément d'un meilleur suivi somatique en ville. Des 16 patients déclarant une hépatite C chronique par exemple, 10 n'ont pas de médecin traitant identifiable. Des 25 déclarant une épilepsie (G40.9), seuls 3 ont un médecin traitant. Bien évidemment, cela ne signifie pas que les problèmes somatiques des patients en question ne sont pas pris en charge : par exemple, 15 de ces 25 personnes épileptiques, hospitalisées depuis plus d'un an, sont suivies de façon régulière par le service de médecine somatique de l'hôpital, qui remplit le rôle de médecin traitant pendant l'hospitalisation en psychiatrie. Le devenir en milieu spécialisé des patients hospitalisés au très long cours et dont le handicap psychique s'avère majeur – le projet d'établissement actuel voit la création de plusieurs maisons d'accueil spécialisées au fur et à mesure que le vieil hôpital ferme ses portes et que de plus petites structures s'ouvrent dans les quartiers où résident les patients – justifie dans une certaine mesure le recours à une médecine somatique plus institutionnelle. Toutefois, pour ceux hospitalisés à plus court terme et dont la sortie est en théorie dorénavant systématiquement envisagée et préparée bien en amont, la difficulté de repérer un médecin traitant, et cela d'autant plus qu'une part importante de cette population présente des comorbidités somatiques, doit mettre en question nos pratiques.

L'enquête actuelle révèle un nombre de facteurs de vulnérabilité associés à cette absence de médecin traitant repérable. La très grande majorité des patients répondent à des facteurs de désinsertion ou d'exclusion sociales liés au difficile maintien du lien social :

– La psychose, par son caractère même, représente un facteur de vulnérabilité à la rupture du lien avec la vie sociale.

– L'hospitalisation d'office est, pour cette pathologie notamment, un facteur de vulnérabilité. Par ses motifs et ses buts, elle s'applique à des patients encore plus désinsérés que ceux vivant avec une psychose stabilisée. En outre, avec une durée moyenne d'hospitalisation en psychiatrie de 2 ans et une médiane proche d'un an, le tissu de soin extérieur s'effiloche, influant donc sur l'existence d'un médecin traitant repérable. Si l'on peut modérer cette vulnérabilité par le fait que le recueil des informations sur le médecin traitant a été réalisé le plus souvent à partir d'un dossier médical souvent mal renseigné (les patients étaient rarement capables de répondre au questionnaire eux-mêmes), l'impact de la désinsertion sociale de cette population sur son inscription dans le système de soins primaires est une réalité qui ne doit pas être négligée.

– Les patients pour qui l'information n'a pu être obtenue pour des raisons médicales correspondent à une population n'ayant pas pu participer par, le plus souvent, incapacité mentale à le faire, et donc à des patients particulièrement fragilisés.

– Chez les patients hospitalisés depuis plus d'un mois, le lien avec la cité se rompt progressivement, et en particulier le lien avec leur prise en charge somatique dans celle-ci.

Le fait que les femmes aient plus souvent un médecin repérable que les hommes est déjà bien établi dans la population générale, de même qu'une fréquence plus élevée de consultation [2, 3], leur suivi gynécologique et, le cas échéant, le suivi des enfants étant des facteurs favorables. De plus, les femmes déclarent plus de pathologies somatiques et se considèrent en général en moins bonne santé que les hommes, ce qui expliquerait leur fréquence plus élevée de consultations [2, 3].

Parmi les motifs invoqués pour expliquer cette absence de prise en charge somatique régulière en psychiatrie est signalée la difficulté rencontrée pour entrer en contact avec les patients en milieu ordinaire [6, 20], d'où l'intérêt de développer en intrahospitalier des unités somatiques possédant l'expérience de la prise en charge de ces patients [20]. On pourrait discuter le rôle ambigu de ces unités en intrahospitalier : en effet pour les patients hospitalisés depuis plus d'un an (environ 30 % de l'ensemble dans l'étude actuelle), isolés de la cité, progressivement désocialisés, le service de médecine joue le rôle de médecin traitant. Contribue-t-il de fait à la « désinsertion médicale » de ces patients ? S'il ne les avait pas pris en charge, auraient-ils eu un médecin traitant en ville ? Joue-t-il également un rôle dans l'institutionnalisation des pratiques profession-

nelles en psychiatrie ? Cette théorie semble battue en brèche par certains auteurs [20] pour qui cette prise en charge somatique est bénéfique pour le fonctionnement psychosocial des patients et améliore leur qualité de vie. En effet, le fait d'apprendre à s'occuper de son corps, à consulter le médecin somaticien et à dédramatiser cette consultation pourrait constituer des facteurs facilitateurs d'un meilleur suivi somatique à la sortie, sous réserve que cette « éducation à la santé somatique » veille aussi au développement et au maintien du partenariat sanitaire entre patient, psychiatre et médecin traitant.

Conclusion

Longtemps négligée, la prise en charge somatique des patients psychiatriques a bénéficié d'un regain récent d'intérêt. En effet, probablement en partie sous l'influence des associations de patients et de leurs familles, les autorités sanitaires, sur la base des nombreuses études françaises et internationales, ont édicté un certain nombre de recommandations visant à améliorer la prise en charge somatique des patients psychiatriques hospitalisés [30, 28]. Ainsi, le troisième Schéma régional d'organisation des soins, SROS3, recommande au sein des établissements psychiatriques l'organisation d'unités fonctionnelles dirigées par un praticien hospitalier animateur et coordinateur d'une équipe pluridisciplinaire et mobile comprenant des médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens... Au-delà des actes de soins curatifs, ce dispositif assurerait des actions de prévention et de promotion de la santé, d'information et de formation des équipes psychiatriques aux soins d'urgence et de recherche clinique. Le dispositif de soins développerait ses activités dans le cadre d'une médecine de liaison en interne et un travail de réseau avec des correspondants extérieurs : médecins de ville, protection maternelle et infantile (PMI), hôpitaux, intervenants médicosociaux.

Dans la deuxième procédure d'accréditation, la Haute autorité de la santé (HAS) souligne que le projet thérapeutique doit prendre en compte l'ensemble des besoins du patient (bilan somatique, examens complémentaires, traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux) et organiser la coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité. Elle insiste sur les situations nécessitant une prise en charge adaptée : état nutritionnel, conduites addictives, maladie thromboembolique, prévention des chutes et des escarres. De plus, il est spécifié que la continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage mais aussi avec les professionnels intervenant en aval, dont notamment le médecin traitant.

En conclusion, depuis de nombreuses années chargés des soins somatiques des patients psychiatriques hospitalisés à l'EPS Maison-Blanche, nous avons, grâce à cette étude, souhaité évaluer la réalité de l'existence de ce méde-

cin traitant chez nos patients. Devant des résultats inquiétants, nous pensons que l'opportunité est grande, en raison du regain d'intérêt de l'État manifesté au travers des recommandations sus-citées et, dans le cas de l'EPS Maison-Blanche, en raison de la restructuration profonde de l'établissement, de relancer les projets d'amélioration du suivi somatique. À terme, la solution idéale consiste à élaborer des réseaux de soins avec les médecins généralistes libéraux [16]. Toutefois, malgré l'implication des médecins psychiatres amenant leur connaissance du patient, leur compétence et leur maîtrise du secteur, les réticences mutuelles des patients et des médecins généralistes libéraux ne permettront pas l'économie d'un dispositif de prise en charge transitoire jusqu'à ce que l'évolution des idées et des pratiques permet à chacun de trouver sa juste place dans un dispositif, dont le défi est de réduire chez les personnes souffrant de troubles mentaux la morbidité liée aux pathologies somatiques.

Références

- ADAMIS D, BALL C. Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients : prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 ; 15 : 248-53.
- AUVRAY L, DUMESNIL S, LE FUR P. Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale France 2000. *Credes Biblio* 2001 ; n° 1364.
- AUVRAY L, DOUSSIN A, LE FUR P. Questions d'économie de santé. Santé, soins et protection sociale en 2002. *Bulletin d'information en économie de la santé Credes* 2003 ; 78.
- BEYER J, KUCHIBHATLA M, GERSING K, KRISHNAN KR. Medical comorbidity in a bipolar outpatient clinical population. *Neuropsychopharmacology* 2005 ; 30 : 401-4.
- BOURGUIGNON A, LIVARTOWSKI A, STYLIANIDIS S, BOURGUIGNON O. Etude de la mortalité avant 30 ans dans les familles psychotiques. *Annales Médico-Psychol* 1989 ; 147 : 1-14.
- BUNCE DF, JONES LR, BADGER LW, JONES SE. Medical illness in psychiatric patients : barriers to diagnosis a treatment. *South Med J* 1982 ; 75 : 941-4.
- CABIE C, FERRANDI J. Les structures et les hommes. Les Etats Généraux de la psychiatrie, Montpellier 2003.
- CASADEBAIG F, QUEMADA N, CHEVALIER A. Evolution de la mortalité des malades mentaux hospitalisés de 1968 à 1982. *Rev Epidem Santé Pub* 1990 ; 38 : 227-36.
- CASADEBAIG F, QUEMADA N, GAUSSET MF, CUILLAUD-BATAILLE JM, TERRA JL. Surmortalité des malades mentaux hospitalisés (1968-1982). Un problème dépassé? *Encephale* 1992 ; XVIII : 107-14.
- CASADEBAIG F, PHILIPPE A. Rapport d'étape : Morbidité et mortalité chez des patients schizophrènes. Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001. *Pour la Recherche* 2004 ; 40.
- DIXON L, POSTRADO L, DELAHANTY J, FISCHER PJ, LEHMAN A. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis* 1999 ; 187 : 496-502.
- FELKER B, YAZEL JJ, SHORT D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients review. *Psychiatr Serv* 1996 ; 47 : 1356-63.
- GRISWOLD KS, SERVOSS TJ, LEONARD KE, et al. Thrust M Connections to primary medical care after psychiatric crisis. *J Am Board Fam Pract* 2005 ; 18 : 166-72.
- GUILLARD M. Le corps ce méconnu. Comment améliorer la prise en charge somatique des usagers en santé mentale. *Pluriels* 2004 ; 44-5 ; 6-14.
- GUILLARD M, HALLOUCHE N, MONTARIOL P, BOLLENGIER O. La médecine de liaison en psychiatrie. Soins somatiques en santé mentale. Une question de dignité. Premières journées d'études. La Roche-sur-Yon, 2002.
- HALLOUCHE N. Le réseau somatique et l'usager en santé mentale. Psychiatrie et réseaux : innovations ou nouveaux conformismes ? 9^{es} journées de Maison-Blanche, 2004.
- HALLOUCHE N, BOLLENGIER O, GUILLARD M, MONTARIOL P. Intérêt d'une prise en charge en hôpital de jour médicalisé au sein d'un hôpital psychiatrique. *Nervure* 2000 ; 13 : 22-5.
- KAMARA SG, PETERSON PD, DENNIS JL. Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who die of natural causes. *Psychiatr Serv* 1998 ; 49 : 788-93.
- KORANYI EK. Morbidity and rate of undiagnosed physical illness in a psychiatric clinic population. *Arch Gen Psychiatry* 1979 ; 36 : 414-9.
- LAMBERT TIMOTHY JR, VELAKOULIS D, PANTELIS C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Australia* 2003 ; 178 (Suppl 5) : S67-S70.
- LEVINE J, CHENGAPPA KN, PATEL A, et al. Obesity and medical illnesses in psychiatric patients admitted to a long-term psychiatric facility. *J Psychiatr Pract* 2001 ; 7 : 432-9.
- RASANEN S, HAKKO H, VIILIO K, MEYER-ROSCHEW VB, MORING J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003 ; 38 : 297-304.
- RUSCHENA D, MULLEN PE, BURGESS P, et al. Sudden death in psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1998 ; 173 : 270-1.
- SUSCE MT, VILLANUEVA N, DIAZ FJ, DE LEON J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses : a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 167-73.
- VLATKOVIC D, RAYMOND L, USEL M. Diagnostic psychiatrique et cause du décès dans une population hospitalisée. *Rev Epidémiol Santé Pub* 1994 ; 42 : 207-15.
- WAEBER G. Diabète, psychiatrie et neurosciences. *Euro-Brain* 2001 ; 3 : 2-4.
- L'annuaire du Médecin*. Paris : Rosenwald, 2001.
- Manuel d'accréditation des établissements de santé*. 2^e procédure d'accréditation. Anaes, 2004.

29. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. *Réforme de l'Assurance Maladie. Le dispositif de mise en œuvre de la réforme*. Edition Sicom, 2004.
30. *Prise en charge des soins somatiques en milieu psychiatrique*. Volet Psychiatrie du SROS 3, 2005.

MONTARIOL P, GUILLARD M, BOLLENGIER O, ESCAFFRE-GROSSARD N, HALLOUCHE N, PETITDEMANGE M, GREACEN T. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *L'Information Psychiatrique* 2006 ; 82 : 793-800